

**EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL PROCESO DE VALORACIÓN Y
ABORDAJE DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON**
**NURSE'S ROLE IN THE ASSESSMENT PROCESS AND APPROACH
OF A PATIENT WITH PARKINSON DISEASE**

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO DE ENFERMERÍA, PROMOCIÓN 2019/2023

FACULTAD DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE CANTABRIA



Autora: Oiane Ruiz Barquín
Directora: Eva María Ríos Díaz

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

Índice

1. Resumen y palabras clave	3
2. Abstract and key words	3
3. Introducción	4
a. Situación actual y justificación	4
b. Objetivos	5
i. Objetivo general	5
ii. Objetivos específicos	5
c. Estrategia de búsqueda	5
d. Descripción del contenido	5
4. Capítulos	6
a. Capítulo I: Enfermedad de Parkinson	6
i. Aspectos generales; definición, etiología y contexto histórico	6
ii. Clasificación	7
iii. Epidemiología y mortalidad	8
iv. Factores de riesgo y factores preventivos	9
v. Síntomas	10
vi. Evolución y fases	11
vii. Diagnóstico	12
viii. Tratamiento	13
ix. Recursos disponibles y gasto sanitario	15
b. Capítulo II: El papel de la enfermera	16
i. Relación enfermera-paciente y abordaje	16
ii. Proceso de valoración	18
iii. Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson	20
iv. Instrumentos de valoración	22
v. Familiares de un paciente con Parkinson	24
5. Conclusiones	26
6. Bibliografía	28
7. Anexos	31

1. Resumen y palabras clave

La presentación de este Trabajo de Fin de Grado pone de manifiesto la relevancia del papel de la enfermería en el proceso de valoración de un paciente con enfermedad de Parkinson.

Actualmente, las demencias son sufridas por un número amplio de personas entre la población de edad avanzada. Esto supone un gran impacto en las distintas esferas que envuelven tanto a estas personas como a su familia y, por ello, desde enfermería es fundamental realizar una buena atención tanto desde la detección de los primeros síntomas de la enfermedad como en su transcurso para, de esta manera, poder garantizar los mejores cuidados alcanzables, así como el bienestar de la persona.

Por este motivo, en este escrito queda reflejado cómo ha de realizarse la valoración de enfermería en base a una búsqueda exhaustiva de información proporcionada por diversas fuentes reconocidas. Todo esto con el fin de sintetizar y dar orientación sobre el proceso de enfermería, conociendo en primera instancia cuáles son las particularidades propias de un paciente con Parkinson y, posteriormente, los recursos de los que se dispone, manteniendo en su transcurso unas relaciones enfermero-paciente que lo favorezcan.

Palabras clave: enfermedad de Parkinson, relaciones enfermero-paciente, proceso de enfermería.

2. Abstract and key words

The presentation of this Final Degree Project discloses the relevance of the role of nursing in the assessment process of a patient with Parkinson disease.

Currently, dementias are suffered by a large number of people among the elderly population. This entails a huge impact on the different spheres that involve both these people and their families and, for this reason, it is essential for nursing to carry out good care, both for the detection of the first symptoms of the disease and during its course, in order to be able to guarantee the best care achievable, as well as the best state of well-being of the person.

For this reason, this paper reflects how the nursing assessment should be carried out based on an exhaustive search for information provided by various recognized sources. This is done with the purpose of synthesizing and giving guidance on the nursing process, knowing in first instance what are the particularities of a patient with Parkinson and, later, the resources available, maintaining during the process nurse-patient relations which favor it.

Key words: Parkinson disease, nurse-patient relations, nursing process.

3. Introducción

a. Situación actual y justificación

Las demencias son a día de hoy una de las patologías más frecuentes sufridas por la población de edad avanzada. Entre ellas, se encuentra la enfermedad de Parkinson (EP), ocupando el segundo lugar tras la enfermedad de Alzheimer¹ dentro de la clasificación de las enfermedades neurodegenerativas. La EP, clasificada dentro de las demencias localizadas subcorticales, se define como una enfermedad neurodegenerativa crónica de evolución progresiva que afecta más frecuentemente a las personas mayores de 60 años^{1,3}.

En lo referente a la etiología, esta es heterogénea. La mayoría de los casos que desarrollan dicha enfermedad son de origen desconocido, debido a la diferencia temporal existente entre el inicio de la enfermedad y su manifestación sintomática⁴, por lo que es dificultoso establecer una relación causal. La causa primaria del desencadenamiento de esta enfermedad es la destrucción de las neuronas ubicadas en la sustancia negra del tronco cerebral cuya misión principal es la producción de la hormona dopamina, encargada del control de la función motora². No obstante, estudios mencionan algunos factores genéticos y ambientales que puedan estar relacionados con la etiología de la enfermedad³ y que se contemplaran más adelante.

Las consecuencias directas del sufrimiento de esta enfermedad son un deterioro tanto cognitivo como físico del propio paciente, afectando a las funciones motoras y no motoras. Pero también existe un deterioro reconocido en sus redes sociales en cuanto a su calidad de vida⁵, teniendo en cuenta los aspectos tanto físicos como psicológicos y emocionales. Los vínculos familiares constituyen uno de los grandes pilares afectados por esta enfermedad.

El diagnóstico se lleva a cabo mediante el estudio combinado de los signos y síntomas manifestados complementado con los criterios clínicos⁶ basados en la utilización de los métodos de diagnóstico por imagen y otros recursos disponibles. A pesar de ello, el diagnóstico completamente certero se obtiene únicamente con el estudio anatomopatológico en la autopsia.

En cuanto a los tratamientos conocidos hoy en día, en primer lugar, se aplican medidas farmacológicas dirigidas a obtener un mejor manejo de los síntomas motores asociados⁷. Existen otros métodos terapéuticos no farmacológicos menos frecuentes como son el tratamiento quirúrgico y otras terapias que se exponen más adelante.

El motivo fundamental de la elección del tema para la exposición del TFG ha sido impulsado por los sucesivos rotatorios desarrollados a lo largo del curso académico que me han despertado curiosidad sobre esta tipología de paciente. En base a ello, se ha profundizado e investigado sobre el abordaje de enfermería en lo que se refiere a la atención sanitaria a la persona con enfermedad de Parkinson. Como ya se ha mencionado anteriormente, las demencias afectan a un número considerable de la población geriátrica y, por ello, considero esencial que el profesional enfermero disponga de los conocimientos y recursos suficientes para llevar a cabo una valoración integral y holística, y una atención adaptada a las circunstancias singulares que envuelven esta enfermedad. Es importante también tener en cuenta cómo afecta la enfermedad en la vida del paciente que la padece, así como en la de sus familiares, que representan otra gran parte implicada y afectada en el proceso de enfermedad.

b. Objetivos TFG

i. Objetivo general

- Describir el proceso de valoración y abordaje enfermero de un paciente con enfermedad de Parkinson.

ii. Objetivos específicos

- Describir los aspectos generales relacionados con la enfermedad de Parkinson.
- Determinar la relación enfermera-paciente.
- Resaltar los recursos disponibles y el gasto sanitario.
- Detallar las fases y desarrollo del proceso de valoración enfermera.
- Conocer el efecto sobre la familia de un paciente que padece la enfermedad.

c. Estrategia de búsqueda

Para la elaboración de este trabajo he empleado como herramientas de búsqueda bibliográfica bases de datos como pueden ser Google Académico, Pubmed, Scielo, Cochrane Library y Dialnet, en las que he encontrado gran variedad de artículos científicos y documentos sobre el tema a tratar que me han permitido conseguir la información precisa, además de su contrastación para comprobar la veracidad del contenido. Asimismo, he consultado las páginas web oficiales de la Federación Española de Parkinson y la Organización Mundial de la Salud.

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) empleados en la búsqueda bibliográfica han sido: *Enfermedad de Parkinson, Demencia, Pruebas de Estado Mental y Demencia, Proceso de Enfermería, Planificación de Atención al Paciente, Rol de la Enfermera, Enfermería en Neurociencias, Relaciones Enfermero-Paciente, Relaciones Familiares*. MESH o Medical Subject Headings: Parkinson Disease, Dementia, Mental Status and Dementia Tests, Nursing Process, Patient Care Planning, Nurse's Role, Neuroscience Nursing, Nurse-Patient Relations, Family Relations.

La lógica booleana utilizada ha sido "AND" y los criterios de inclusión/exclusión han sido documentos tanto en español como en inglés en un período de validez de 10 años, aunque en alguna ocasión se ha tenido que consultar bibliografía anterior a esta fecha.

d. Descripción del contenido

El primer capítulo pone en contexto la consistencia de la enfermedad recogiendo los aspectos generales y su clasificación, la epidemiología y mortalidad, la etiología, los factores de riesgo y protectores existentes, el diagnóstico y tratamiento, las manifestaciones clínicas y evolución de la enfermedad, los gastos sanitarios que conlleva, así como los recursos disponibles.

El capítulo segundo integra el asunto inicial de este trabajo, es decir, el abordaje a realizar a una persona que sufre dicha demencia y conocer el papel de enfermería en el proceso de valoración.

A continuación, se plasman las conclusiones finales y finalmente se expone la bibliografía, así como los anexos que han sido consultados.

4. Capítulos

a. Capítulo I: Enfermedad de Parkinson

i. Aspectos generales; definición, etiología y contexto histórico

La enfermedad de Parkinson es una patología de afectación neurológica degenerativa y progresiva de avance lento y carácter crónico causada por la destrucción y degeneración de las células localizadas en la sustancia negra del tronco cerebral, cuya función principal es la producción de la hormona conocida como dopamina, la cual es la encargada del control del movimiento corporal. La causa de este deterioro dopaminérgico se debe, posiblemente, a la sobreexpresión de la α -sinucleína y su mal plegamiento que conlleva una mal función de la cadena respiratorio neuronal y, en consecuencia, la aparición de los conocidos cuerpos de Lewy⁸. Siendo esta la etiología de la enfermedad, estudios han vinculado ciertos factores genéticos (cierta predisposición genética) y ambientales (nivel de educación, estilo de vida, otras enfermedades crónicas...), no siendo posible definirlos con precisión. En cambio, los casos conocidos son en su mayor porcentaje de origen desconocido.

En lo que se refiere al contexto histórico, la EP fue descrita por primera de forma más concisa hace 200 años por el médico clínico James Parkinson, quien recogió sus descubrimientos acerca de la enfermedad en su ensayo “Essay on the shaking palsy”, publicado en 1817⁹. En éste representó los resultados obtenidos observados en seis pacientes y, en base a ellos, definió de una manera más concreta los síntomas motores y no motores de la enfermedad. No obstante, la antigüedad de su existencia es mayor, pues ya en tiempos anteriores, culturas ancestrales advertían sus signos y síntomas, aunque sin llegar a una definición o diagnóstico concreto. Es por ello que, dicha enfermedad recibe su nombre por haber sido detallada y estudiada en conocimiento a raíz de los descubrimientos de James Parkinson, sin descartar el reconocimiento a sus antecesores.

Los estudios sobre la EP han seguido desplegándose a lo largo de los años. Las primeras pinceladas que se objetivan y más remotas datan de papiros egipcios entre 1500 y 1200 a.C. en los que se hacían referencia al ptialismo característico de esta enfermedad. A continuación, lo siguiente a conocer es alrededor del 1000 a.C. en el antiguo sistema de medicina tradicional de la India, en el que se incorporan otros síntomas, hoy conocidos, como son el temblor, la limitación de movimientos corporales y la falta de movimientos a nivel palpebral, lo cual se describe como la reconocida “mirada reptiliana”⁹.

Posteriormente, se demostró la relación entre sufrir la EP y la edad de la persona debido a la disminución de la esperanza de vida en Europa originada por una serie de conflictos bélicos que causaron grandes bajas en la población. Esto tuvo como resultado un menor número de personas que pudieran alcanzar edades más avanzadas y, en consecuencia, se viera disminuida la probabilidad de sufrir algún deterioro neurocognitivo⁹. Estos tiempos, supusieron un punto de inflexión respecto a los estudios de la enfermedad.

Más adelante, el siguiente manifiesto surge a partir del siglo XVII con personajes conocidos como Nicolaes Tulp, Silvio de La Boe, Leonardo Da Vinci, Shakespeare y Rembrandt, así como médicos de gran escala y estima como Johanness Baptiste Sagar, Boissier de Sauvages, John Hunter y Chomel. Todos ellos contribuyeron a la definición de los síntomas de la enfermedad a través de sus escritos⁹. Cabe destacar a Jean-Martin Charcot, que vinculó la rigidez manifestada por la enfermedad y estableció una definición diferencial con la espasticidad⁹.

ii. Clasificación

La EP se puede clasificar en diferentes categorías siguiendo distintos criterios.

Atendiendo a la edad de aparición de la enfermedad:

- Enfermedad de Parkinson de inicio temprano (EPIT): aparece en adultos menores de 50 años de edad. Los síntomas son distintos a la enfermedad de aparición tardía, puesto que son de progresión más lenta¹⁰.
- Enfermedad de Parkinson avanzada (EPA): el más habitual, aparece a partir de los 50 años, siendo mayor el riesgo cuanto mayor sea la edad¹⁰.

En función de la forma de aparición:

- Parkinson: enfermedad neurodegenerativa.
- Parkinsonismo: síntoma o manifestación de la EP o de otra enfermedad¹¹.

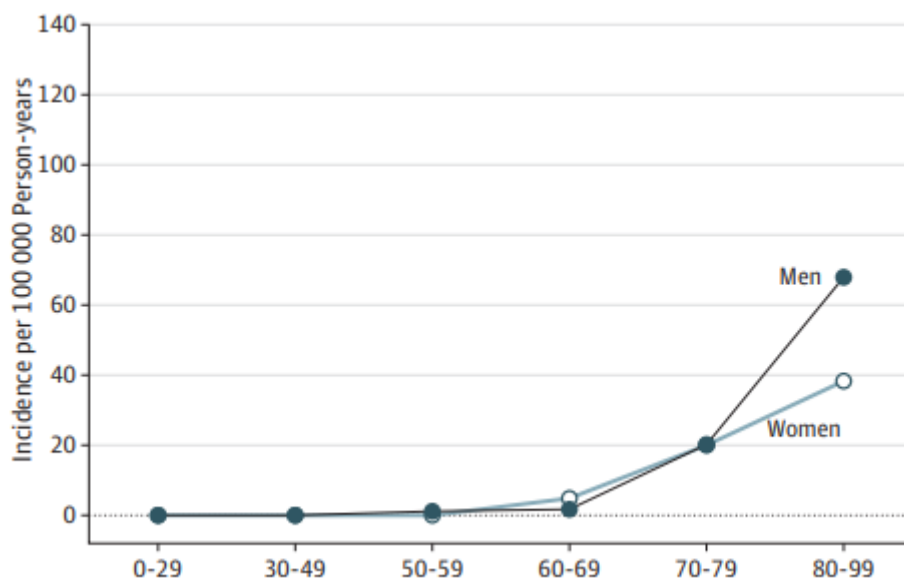
Según la causa de su origen:

- Parkinson primario o idiopático: es la enfermedad primaria tal y como se conoce actualmente. Incluye la enfermedad de aparición esporádica y la de componente genético.
- Parkinson secundario: inducido por otras causas¹¹ como puede ser:
 - Consumo crónico de fármacos relacionados con la producción de dopamina.
 - Secundario a demencia con cuerpos de Lewy cuya progresión puede causar síntomas similares a la EP.
 - Secundario a parkinsonismo vascular.
 - Tras sufrir un ICTUS o tras la evidencia de una enfermedad vascular.
 - Inducido por drogas.
 - Procesos infecciosos, tóxicos, traumáticos o metabólicos
 - Tras una lesión cerebral.
- Parkinson atípico: cuando las características no cumplen con los criterios de definición de la EP¹⁰. Se puede hablar entonces de tres tipos distintos:
 - Atrofia multisistémica: conjunto de varios trastornos neurodegenerativos¹⁰. Aparición a partir de los 60 años. Cursa con ataxia y disfunción del sistema nervioso autónomo.
 - Parálisis supranuclear progresiva: de avance más acelerado que la EP típica. Aparece a partir de los 60 años. Entre la sintomatología más frecuente se dan caídas reiteradas y limitación en ciertos movimientos (ocular, habla, deglución). Es la forma más habitual dentro del parkinsonismo atípico¹⁰.
 - Degeneración corticobasal gangliónica: inicio tras los 60 años y forma menos común del parkinsonismo atípico. Suele comenzar con afectación sintomatológica de una sola extremidad¹⁰.

iii. Epidemiología y mortalidad

Es sabido que las demencias afectan a un porcentaje considerable de la población adulta. De entre ellas, la enfermedad de Parkinson ocupa el segundo¹ lugar tras la enfermedad de Alzheimer.

Respecto a la epidemiología, ya que el diagnóstico preciso de la enfermedad solo es posible realizarlo en situación post mortem, existe cierta incertidumbre para determinarla. La EP presenta una prevalencia aproximada del 30% a nivel mundial, de la que, en torno al 75%, conviven con la enfermedad y sobreviven al menos 10 años tras el diagnóstico. Esta enfermedad neurodegenerativa ha demostrado un rápido crecimiento a nivel mundial, lo cual está relacionado con el envejecimiento de la población y su supervivencia, que ha aumentado de forma exponencial en los últimos años. Este fenómeno, tendrá como consecuencia el incremento en el número de casos. En 2016, había cerca de 6 millones de personas afectadas, en 2019 8,5 millones y se estima que en 2040 habrá alrededor de 17 millones de casos¹², según la OMS. Todos estos datos hablando en términos mundiales. En cuanto a España, no hay estimaciones exactas, variando desde los 86.000 a los 300.000 casos, creyéndose una afectación mayor de 160.000 personas según la Federación Española de Parkinson, entre las cuales se cree que al menos un 30% aún se encuentra sin diagnosticar¹⁰. En España la prevalencia en la población general es de un 0,3% (2% > 60 años, 4% > 80 años), con una incidencia de 8-18 personas por cada 100.000 habitantes al año.



Nota. La figura muestra el porcentaje según el sexo y edad por cada 100.000 habitantes al año que padece enfermedad de Parkinson.

Como factores relacionados se encuentra la edad avanzada, el sexo masculino y la raza blanca, siendo la prevalencia mayor en los países occidentales y en Estados Unidos que en los países asiáticos, latinos y continente africano. Estas observaciones pueden estar relacionadas con los estilos de vida y el alcance de edades más avanzadas, más característicos de los países industrializados¹². La relación de la afectación entre hombres y mujeres es de 4:1¹². También se ha puesto en contexto la posible relación entre EP y la vida en el medio rural¹³.

La EP supone un porcentaje de mortalidad alto en la edad adulta, pudiendo estar ligada a la posibilidad de acceso y disfrute de los recursos sanitarios.

iv. Factores de riesgo y factores preventivos

Aunque hasta la fecha actual no hay ningún estudio que determine la relación directa entre un factor de riesgo o desencadenante y el desencadenamiento mismo de la enfermedad, sí se han puesto en contexto ciertos aspectos que podrían contribuir en cierta parte al desarrollo de la EP, teniendo en cuenta su carácter multifactorial.

Como factores de riesgo podemos encontrar aquellos propios de la persona y que, por tanto, no se pueden modificar, es decir, los intrínsecos¹⁴ (genéticos, hereditarios), y los externos a esta que son susceptibles de modificación, los factores extrínsecos¹⁴ (ambientales). Entre los factores intrínsecos destacamos:

- Edad: aunque la población joven no es excluyente de poder padecer EP, la prevalencia es mayor cuanto más envejecida es esta, por lo tanto, se puede hablar de la edad como el factor de riesgo por definición¹⁸.
- Sexo: la EP se presenta con mayor frecuencia entre la población masculina¹⁸.
- Genética: actualmente existe discusión acerca de la influencia de la genética sobre el riesgo de desarrollar esta demencia, aunque existen ciertas mutaciones en el gen de la GBA y alteraciones génicas sobre la α -sinucleína¹⁴. Las mutaciones genéticas provocan solo una pequeña parte de los casos existentes. Un pequeño porcentaje de la población (10%) presenta un patrón de herencia con historia de algún familiar que lo ha desarrollado anteriormente, frente al 90% de desarrollo idiopático¹⁵.

Por otro lado, los factores extrínsecos influyentes son:

- Estilo de vida: aunque no es concluyente, el estilo de la dieta se puede asociar, siendo la dieta mediterránea la que favorece un deterioro cognitivo de progresión más lenta y, por tanto, menor riesgo de desarrollar EP. Aunque la evidencia es más débil, el consumo de leche en exceso, y no de otros lácteos, en hombres sobremanera, aumenta el riesgo.
- Traumatismos craneoencefálicos: existe un mayor riesgo en aquellas personas con historial previo de TCE debido a su papel en la interferencia de los mecanismos de reparación de las células¹⁶, además de su influencia en la disminución de la reserva cognitiva.
- Neurotoxinas y exposición a ciertos metales pesados: hay evidencia de que la exposición prolongada a pesticidas y/o herbicidas, así como a ciertos metales, provoca una degeneración dopaminérgica¹⁷, aunque no se puede establecer una relación causal debido al desconocimiento del mecanismo de acción.

En el lado contrapuesto, como principal efecto protector se haya el tabaco, el cual representa una relación inversa¹⁶ con el desencadenamiento de la enfermedad de Parkinson idiopática. El principal efecto de la nicotina a nivel cerebral es una mejoría de la función cognitiva. Aunque no hay asociación directa, desde el punto de vista de la educación para la salud, la realización de ejercicio físico y el mantenimiento de un estilo de vida saludable, es beneficioso ya que puede mejorar el retraso en el proceso de pérdida dopaminérgica neuronal¹⁶.

v. Síntomas

Los síntomas motores por definición de la EP que más la caracterizan son la bradicinesia, el temblor, la rigidez y las alteraciones en el equilibrio y en la marcha, causados por el daño de la sustancia negra y de los ganglios basales.

- Bradicinesia: un 90% de los pacientes lo manifiestan. Es el enlentecimiento de los movimientos corporales en las fases de planeamiento, inicio y ejecución de los mismos, asociado a una disminución de la amplitud del movimiento (hipocinesia) y con el retraso o falta del movimiento (acinesia)¹⁹. Con el progreso de la enfermedad, la persona tiende a moverse “en bloque”.
- Temblor: lo desarrollan aproximadamente el 70% de los casos. Se trata del movimiento corporal involuntario en el estado de reposo de características regulares, lentas y distales¹ que puede disminuir conforme se inicia la acción o se intenciona¹⁹. No obstante, también puede existir temblor durante el movimiento. La parte distal de los miembros superiores es la principal afectada, aunque se pueden observar alteraciones temblorosas en labios, mandíbula y piernas.
- Rigidez: en torno al 95% de los casos. Aumento de la contracción muscular que se manifiesta mediante una disminución de la amplitud del movimiento y dificultad en la realización del mismo¹⁹.
- Alteraciones en el equilibrio y la marcha: en el 37% de los pacientes. El paciente con Parkinson siente una gran inestabilidad postural lo que le hace propenso al riesgo de caídas y lo cual provoca una alteración en su marcha. La forma de caminar típica es una disminución de la amplitud de los movimientos. La denominada “marcha propulsiva”¹⁹ es lo que se conoce como la deambulación a pasos cortos pero rápidos. En los estadios más avanzados y graves de la enfermedad, se pueden llegar a dar episodios de congelamiento.

Por otra parte, nos encontramos otra tipología de síntomas no motores²⁰. La enfermedad puede cursar con trastornos neuropsiquiátricos siendo frecuente la aparición de depresión, apatía y desinterés. La persona afectada puede sufrir olvidos, aunque sin llegar a estar afectado el reconocimiento, a diferencia de otras demencias como puede ser el Alzheimer. A nivel sensitivo-sensorial, puede referir dolor articular relacionado con esa rigidez muscular y esa dificultad en la amplitud de los movimientos corporales, así como puede ir acompañado de tensión y adormecimiento muscular. Frecuentemente el sueño suele verse afectado, presentando en su mayor parte trastornos en el inicio y mantenimiento de este. Otros síntomas no motores son oscilaciones en el peso, alteraciones en la alimentación (motivado por esa dificultad motora), alucinaciones visuales y sueños vividos, alteraciones de la capacidad visoespacial, fluctuaciones cognitivas, es decir, episodios alternos de orientación con otros episodios de desorientación, nicturia y urgencia miccional, sialorrea, síncope o mareos, trastornos de la atención, estreñimiento, alteraciones en la sudoración. De entre toda esta sintomatología no motora, los síntomas cognitivos y la depresión son los que mayor prevalencia e impacto sobre la calidad de vida suponen, afectando la depresión hasta a un 40% de los pacientes con EP²¹.

vi. Evolución y fases

La EP puede organizarse en cinco estadios diferentes en función de la progresión y el grado de afectación motora sobre la persona según la escala de Hoehn y Yahr¹⁰. Esta es la escala utilizada para la descripción de las fases que se desarrollan en la EP con el objetivo de identificar el momento en el que se encuentra el individuo y, de esta manera, orientar los cuidados para obtener un mejor resultado y beneficio.

- Estadio I: comienzo de la enfermedad. Existe una afectación unilateral leve con la manifestación de los síntomas clásicos de la enfermedad¹⁰, es decir, bradicinesia, rigidez muscular y temblor. No todos los pacientes pasan por esta fase, ya que se puede dar el caso de inicio con afectación en ambos lados corporales pasando, en consiguiente, al estadio siguiente.
- Estadio II: existe una afectación en ambos lados del cuerpo¹⁰, siendo más pronunciado en el lado de debut de la sintomatología. El equilibrio no se ve afectado, pero empiezan a haber cambios a nivel postural.

En estos dos estadios primeros es donde se realiza el diagnóstico, es decir, cuando se identifica la enfermedad de forma temprana con manifestación más leve de la sintomatología.

Existe una escala modificada en la que se añaden dos estadios más; los estadios I,5 (afectación unilateral y axial) y II,5 (afectación bilateral con recuperación parcial en la prueba de retropulsión o test del empujón).

- Estadio III: mantenimiento de las manifestaciones del estadio II con aparición de trastornos en el equilibrio y empeoramiento de los trastornos posturales¹⁰. Es una etapa característica por el comienzo de caídas. Se aprecia con mayor claridad la marcha característica del paciente con Parkinson. Aún no existe afectación en las actividades básicas de la vida diaria del individuo, siendo físicamente independiente.
- Estadio IV: afectación más notoria en las actividades diarias con precisión de ayuda en su realización¹⁰, alternando fases de mejoría y fases de empeoramiento, fenómeno conocido como on-off. El tratamiento farmacológico experimenta una disminución en cuanto a su efectividad. Existe una gran inestabilidad postural y puede experimentar un empeoramiento de los síntomas no motores. Aún es capaz de caminar o mantenerse en bipedestación de manera independiente.
- Estadio V: dependencia total¹⁰. En esta fase la enfermedad se encuentra plenamente desarrollada e instaurada, con afectación grave del paciente. La persona afectada permanece encamada o en silla de ruedas.

vii. Diagnóstico

A día de hoy el diagnóstico de EP se fundamenta principalmente en criterios clínicos⁶ y a través de la indagación sobre la historia clínica personal del paciente. En primer lugar, para dar comienzo al estudio, se atienden en primera instancia los signos motores de la EP, esto es, tres de los síntomas típicos descritos anteriormente (temblor, rigidez y bradicinesia). Para llevar a cabo un diagnóstico, el paciente debe manifestar al menos dos de estos síntomas básicos, siendo por definición primeramente la lentitud corporal (bradicinesia), sumado a temblor, rigidez y/o inestabilidad postural¹⁰. Aunque estos síntomas son esclarecedores, no son suficientes para llevar a cabo el diagnóstico, por lo que, para obtener un diagnóstico diferencial, se llevan a cabo otras pruebas complementarias para desechar otras posibles patologías o trastornos de manifestación similar (el temblor esencial, por ejemplo). Los métodos diagnósticos utilizados actualmente son los de neuroimagen²² y estudios funcionales. Estos son:

- Tomografía axial computarizada (TAC): no sirve como método diagnóstico debido a las propiedades de las imágenes, sin embargo, es utilizado como método de diagnóstico de descarte de otras alteraciones.
- Resonancia magnética (RM): se realizan técnicas de volumetría y difusión. Es utilizada para la detección de lesiones estructurales.
- Tomografía computarizada por emisión de fotones (SPECT cerebral): mediante la utilización de un marcador específico para la neurona dopaminérgica, se obtienen una gran especificidad, permitiendo obtener resultados ciertamente claros sobre el padecimiento de la enfermedad.
- Tomografía por emisión de positrones (PET cerebral): su finalidad es la identificación de la disminución en la captación del marcador utilizado sobre las células dopaminérgicas.

Tanto el SPECT como el PET cerebral, permiten el estudio de procesos neurobiológicos in vivo. El objetivo de todas estas técnicas empleadas, es llevar a cabo un diagnóstico diferencial, así como poder lograr un diagnóstico temprano y, de esta manera, predecir y prevenir la aparición de las complicaciones ligadas a los síntomas. No olvidar que la entrevista y la exploración física del paciente siempre ha de tener lugar en todo este proceso.

A pesar de todo ello, la confirmación segura del diagnóstico de la enfermedad solo es posible a través de estudios anatomopatológicos²³ en la autopsia del paciente que en su momento fue diagnosticado de este en base a los medios y recursos disponibles.

Resumen de las fases del proceso diagnóstico:

- 1) Valoración inicial: anamnesis y exploración física. En la historia clínica se valoran los antecedentes familiares, los fármacos de consumo habitual y el estilo de vida.
- 2) Estudio neuropsicológico básico: se valora la función cognitiva mediante las escalas de valoración; Mini examen cognoscitivo de Lobo, Test de Pfeiffer, Test de reloj, entre otras.
- 3) Pruebas complementarias: pruebas de imagen y otras pruebas analíticas.

viii. Tratamiento

No existe a día de hoy un tratamiento curativo para la EP. Las medidas utilizadas buscan primordialmente una mejoría de la sintomatología presente⁷ y, en consecuencia, una mejoría de la calidad de vida del paciente. Los tratamientos existentes los podemos distribuir en tratamientos farmacológicos, tratamientos quirúrgicos, terapias avanzadas y tratamientos no farmacológicos.

→ Tratamientos farmacológicos: su finalidad es el control de los síntomas motores⁷. Los fármacos utilizados más frecuentemente son:

- Levodopa o precursores de la dopamina: es el tratamiento de elección. Se administra en conjunto siempre con inhibidores de la dopa descarboxilasa periférica (carbidopa, benserazida) para potenciar su efecto. En el organismo se transforma en dopamina. Su eficacia se reduce con el paso del tiempo¹⁰.
- Inhibidores de la MAO-B (entacapona) / COMT (selegilina y rasagilina): inhiben las enzimas que degradan la dopamina.
- Antagonistas de la dopamina (bromocriptina, ropinirol, rigotina): activan los receptores de la dopamina. Se utilizan especialmente en el control de síntomas en estadios tempranos¹⁰. Su uso precoz mejora la historia natural de la enfermedad. Mejoran la acinesia.
- Anticolinérgicos (trihexifenidilo, biperideno): son eficaces en el control del temblor. Utilizados en etapas iniciales.
- Amantidina: aumenta la liberación de dopamina, utilizado en estadios iniciales con sintomatología leve previo al empleo de la Levodopa.

→ Tratamiento quirúrgico: cuando no hay respuesta efectiva ante el tratamiento farmacológico. La intervención llevada a cabo es un proceso no invasivo que se conoce como estimulación cerebral profunda (ECP) consistente en la implantación de unos electrodos en el cerebro para conseguir una estimulación eléctrica y controlar así los síntomas motores. No cualquiera es subsidiario de someterse a este tipo de intervención, estando sujeto a una serie de requisitos¹⁰ que son los siguientes:

- Tener el diagnóstico de EP.
- Existencia de fluctuaciones motoras sin respuesta a la medicación.
- Períodos en off prolongadas y presencia de discinesias.
- Intolerancia a la medicación o efectos secundarios.
- Buena respuesta al tratamiento con levodopa.
- Personas con edad por debajo de los 70 años.
- Sin presencia de afectación cognitiva o algún otro trastorno neurológico.
- Ausencia de otra patología que impida la intervención.

→ Terapias avanzadas:

- Infusión intestinal continua de Levodopa-Carbidopa: mediante una bomba se administra de forma continua durante el periodo limitado de un día (generalmente 16 horas), una concentración de Levodopa-Carbidopa, manteniendo su concentración en el organismo constante y favoreciendo la estabilidad en las fluctuaciones sintomatológicas¹⁰. Se utiliza en la enfermedad idiopática y en la que no hay respuesta farmacológica.
- Infusión continua subcutánea de apomorfina: mediante una inyección subcutánea en el abdomen, se administra la apomorfina (antagonista de la dopamina) para lograr un mejor control de los síntomas. Se emplea en la EP idiopática, cuando no hay efectividad farmacológica y en pacientes que no experimentan alucinaciones¹⁰.

→ Tratamientos no farmacológicos: los ámbitos de actuación incluyen las esferas de la familia, la cognición, el entorno y la conducta. Todas ellas tienen un objetivo común; la mejora de la calidad de vida y la mejora del afrontamiento personal¹⁰.

- Fisioterapia: mejora de la calidad de vida fomentando la autonomía¹⁰.
- Logopedia: tratamiento y prevención de los trastornos en la comunicación¹⁰.
- Terapia ocupacional: favorecer la autonomía e independencia en las actividades básicas de la vida diaria¹⁰.
- Psicología: busca reducir el impacto de los síntomas en la calidad de vida y la aceptación del nuevo cambio, adaptándose a cada fase de la enfermedad y aprendiendo a cubrir las necesidades propias. En este ámbito se incluye en el plan de cuidados a la familia/cuidador, actuando como un solo núcleo¹⁰.

ix. Recursos disponibles y gasto sanitario

Como consecuencia de la cronicidad y grado de afectación que esta enfermedad supone en la calidad de vida de las personas, tanto paciente como cuidador/familiar, precisa de una serie de recursos que cubran estas necesidades.

En el ámbito de lo social, en España existe la LEY 39/2006, de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las personas en situación de dependencia o Ley de Dependencia²⁴, que respalda y protege a las personas con algún grado de dependencia, garantizando los cuidados necesarios a recibir. El catálogo de los servicios ofrecidos es el siguiente:

- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a domicilio.
- Servicio de Centro de Día y Noche.
- Residencias.

Económicamente, se encuentran otras ayudas que consisten en la remuneración económica vinculada al servicio, a los cuidados del entorno familiar y de asistencia personal. No obstante, en orden de prioridad, prevalecen los servicios sociales.

Para poder optar a alguno de estos recursos, se ha de establecer primero el grado de dependencia que presenta la persona afectada mediante la presentación de una solicitud que valore dicho grado y, en función del resultado se establece un Programa Individual de Atención o PIA.

Asimismo, hay una serie de asociaciones¹⁰ destinadas tanto a pacientes como sus allegados, que les proporcionan la información y recursos necesarios, acompañándoles durante todo el proceso de enfermedad y representando un apoyo que les motiva en el afrontamiento de esta y su impacto vital.

En términos generales, las demencias suponen un gasto sanitario importante, superando a otras patologías. Un porcentaje alto de las personas que padecen demencia son institucionalizadas. A estas circunstancias, se suma la necesidad de una atención multidisciplinar y continuada. La alta prevalencia de la EP (segunda después del Alzheimer) con el creciente aumento de la población envejecida, supone un incremento socio-sanitario relevante. De todos los gastos destinados a cubrir las necesidades vinculadas al Parkinson, los tratamientos farmacológicos son los que suponen la mayor parte. Un paciente con Parkinson consume una media de 17.000€ anuales²⁵.

b. Capítulo II: El papel de la enfermera

i. Relación enfermera-paciente y abordaje

En primer lugar, para dar comienzo a este subapartado del segundo capítulo, se va a explicar el concepto que se conoce como relación enfermero-paciente. Para poner en contexto, es sabido que el ser humano es un ser social por naturaleza que se nutre de las relaciones interpersonales²⁶, lo que le permite crecer y desenvolver su papel en la vida. Es por ello que, en enfermería, dada la relevante figura que representa, es indispensable establecer una buena relación con los pacientes y, así, conseguir un vínculo terapéutico que favorezca todo el proceso²⁷. De esta forma, aunque no existe una definición determinada para esta idea, se puede describir como una conexión interpersonal existente entre ambas partes caracterizada por la confianza y el respeto, que permiten satisfacer las necesidades del paciente procurando el mayor confort y complacencia posible²⁷.

Existen diversos factores que influyen en el desarrollo de una relación efectiva que el personal de enfermería debiera de practicar y desarrollar para lograr el objetivo marcado, que es, sin duda, el bienestar máximo del paciente y el entorno que lo rodea acompañado de una sensación de satisfacción de ambas partes del complejo. Las propiedades clave para el desarrollo de esta relación son las siguientes comentadas:

- Comunicación: constituye un elemento esencial para establecer las relaciones interpersonales siendo un proceso interactivo y recíproco²⁷. La comunicación no solamente supone aquello que se dice, sino que implica también lo que se transmite, es decir, lo que se conoce como comunicación no verbal²⁸. A la persona que queremos hacer llegar y comprender un mensaje, también recibe las actitudes adoptadas. Por este motivo, se ha de saber cómo dirigir una mirada, como posicionarse y que postura adoptar, como gesticular y expresarse y qué tipo de lenguaje utilizar adaptado a las circunstancias. En la comunicación es clave la capacidad de escuchar y la naturalidad, generar un ambiente cómodo que permita la exposición de las preocupaciones y sentimientos del paciente.
- Confianza: instaurar un ambiente seguro y cómodo en el que el paciente sea capaz de expresar sus emociones y sus temores.
- Comprensión: percibir las emociones y saber cómo abordarlas y actuar acorde al momento y a la etapa en la que se encuentre.
- Presencia: saber estar y permanecer durante todo el proceso de enfermedad acompañando a paciente y familiares, apoyando a lo largo de todas las fases y representando un soporte al que acudir en momentos difíciles y complejos.

Así mismo, se dan una serie de valores considerados fundamentales en la profesión enfermera, expuestos por la American Association of Colleges of Nursing (AACN) en 1986. Estos valores son la estética, el altruismo, la igualdad, la libertad, el respeto a la dignidad humana, la justicia, la verdad, la prudencia, la tolerancia, la responsabilidad personal y profesional y el cuidado y la salud²⁹.

Por su parte, de entre todas las habilidades cabe destacar la importante relevancia de la empatía. La empatía es una habilidad que surge de la capacidad de entender y compartir sentimientos y emociones, lo que hace de la relación enfermero-paciente ser más humana²⁷.

En suma, de todo esto mencionar la implantación reciente en los centros socio-sanitarios españoles, de un modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) que surgió en Reino Unido hace 20 años por Carl Rogers. El modelo se adapta a los requerimientos de cada individuo, teniendo como objetivo principal al paciente junto a su familia, entendido como núcleo indivisible, haciéndoles partícipes en la planificación, el desarrollo y la evaluación de su propio estado de salud³⁰. Su objetivo es la mejora de la calidad de vida teniendo en cuenta durante todo el proceso los intereses de los afectados. Se trata de un modelo óptimo para el trato con personas mayores con demencia ubicándolas en el centro de todas las decisiones de salud.

Con respecto al abordaje enfermero ante un paciente con EP, uno se ha de situar primeramente en qué fase de la enfermedad se encuentra y qué tipo de ayuda y atención se requiere para que, de esta forma, se lleven a cabo intervenciones lo más efectivas posibles. Aunque no hay que dejar de lado el abordaje de las manifestaciones físicas que acompañan a esta patología, resulta fundamental el abordaje psicológico y emocional en cualquier etapa dado el importante impacto que esto supone en su calidad de vida y en sus actividades cotidianas. Juega un papel fundamental la educación para la salud, orientado en las demandas y necesidades de cada paciente, permitiéndoles ser partícipes sin olvidar el importante papel que juegan los cuidadores principales en su proceso de autocuidado dentro de las capacidades y posibilidades propias.

Para abordar de una forma efectiva el problema y lograr unos resultados lo más beneficiosos, hay que plantearse tres objetivos; determinar las necesidades del paciente con EP, identificar los cuidados precisos y las peticiones de la familia y, por último, establecer un plan de cuidados basado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, fundamentado en los datos recogidos previamente.

ii. Proceso de valoración

Para continuar con esta parte del capítulo segundo, se van a comentar algunas pinceladas acerca de los tipos niveles de valoración sanitaria.

- Primer nivel: es la atención y valoración que tiene lugar desde los servicios de Atención Primaria.
- Segundo nivel: incluye la Atención Primaria y la hospitalaria.
- Tercer nivel: valoración realizada en los centros residenciales que albergan a pacientes geriátricos, es decir, personas frágiles con problemas complejos que precisan de una atención especializada.

En todos y cada uno de estos niveles, ha de darse una valoración geriátrica integral (VGI), esto es, un proceso de valoración de carácter multidisciplinar que requiere de la participación de un gran equipo especializado en las características y problemas de salud propios de la persona de edad avanzada, que disponga de la destreza para saber identificar y abordar los mismos³¹. Además, es importante poseer los instrumentos necesarios, con el fin de conseguir un tratamiento lo más óptimo posible y, de esta manera, unos resultados satisfactorios para todas las partes implicadas. Los objetivos primarios de una VGI comprenden la mejora de la calidad de vida de la persona enferma, así como de su familia, conocer el entorno que les rodea y los recursos de los que disponen, así como de las capacidades de aprendizaje y adaptación. Con todo ello, se ofrecerá un seguimiento, apoyo y tratamiento ajustados a sus demandas, tratando en todo momento, de favorecer la máxima independencia posible y disminuyendo los aspectos negativos que implican una mala atención y, en consecuencia, un mal control del estado de salud. Este tipo de valoración se centra en pacientes frágiles, cualidades que sin duda cumple un paciente con EP³².

Antes de proceder con la valoración, se comenta brevemente lo que se conoce como el proceso de cuidados de enfermería. Este proceso está integrado por cinco etapas que son; la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación³³. La valoración constituye la primera fase, de modo que va a ser determinante a la hora de desarrollar los siguientes ciclos. Aquí va a tener lugar la recogida de datos, la validación, la organización y el análisis de toda la información recogida mediante un proceso sistematizado y con el empleo de técnicas que lo favorezcan con la finalidad de lograr la satisfacción de las necesidades de la persona, identificando los problemas y reconociendo sus recursos. Resumiendo, supone la recolección sistemática y coordinada de la información más relevante para comprender el estado de salud de la persona y programar su plan de actuación concreto.

Profundizando ya en lo que se refiere al paciente con EP, se han de valorar una serie de aspectos que influyen en su salud y en su percepción de salud. La finalidad del estudio de todas estas dimensiones, van a permitir implantar un plan de actuación específico y eficaz basándose en los problemas identificados³².

- Valoración clínica: conocimiento de la enfermedad que padece y su coexistencia o no con otras posibles enfermedades crónicas³¹.
- Valoración funcional: valoración de grado de dependencia y autonomía en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante la utilización de escalas de valoración³¹.

- Valoración mental: evaluación del estado cognitivo (demencia, deterioro...) y del estado emocional y psicológico (depresión, tristeza, ansiedad, miedo...)³¹. Hay dos métodos de valoración que se complementan en la recolección de datos:
- Métodos directos: historia clínica, anamnesis y exploración física y neurológica.
 - Métodos indirectos: entrevista realizada al cuidador principal o al familiar sobre los aspectos a tratar y el uso de las escalas de valoración.
- Valoración social: existencia o no de soporte familiar y su relación con el entorno, condiciones en las que vive, economía familiar³¹. Identificar la figura del cuidador principal.

Una vez recogida la información necesaria, se va a proceder a la verificación de la misma con el fin de asegurarse que sea lo más exacta y completa posible para, así, identificar los problemas reales. Tras esto, se prosigue con la organización de los mismos con el objetivo de establecer una relación entre ellos y coordinar las actuaciones posteriores a seguir.

Este proceso de valoración y validación de la información ha de presentarse en cada una de las visitas, obteniendo y recopilando nuevos posibles datos o cambios en el estado de salud de la persona y sus allegados, de manera que se vaya modificando el proyecto de cuidado adecuándose a las necesidades de cada momento.

iii. Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson

Hoy por hoy, en la valoración realizada por parte del personal de enfermería en los centros sanitarios, se sigue el Modelo Conceptual de Virginia Henderson. El pensamiento sobre el que se sustenta dicho modelo es la creencia de la función de la enfermera como colaboradora en el cuidado de la salud del individuo tanto sano como enfermo, supliéndole o apoyándole en aquellas actividades que no pudiera realizar por sí mismo³⁴. El modelo determina cual ha de ser la participación e intervención enfermera en base a la evaluación de catorce necesidades consideradas básicas y esenciales. Estas necesidades constituyen a la persona considerada como un complejo y, según los datos recogidos en cada una de ellas, permiten determinar el nivel de dependencia o no de la persona valorada.

Ante un paciente con EP, llevar a cabo este tipo de valoración lo que pretende es determinar qué actuación realizar en la colaboración de sus cuidados, participando en su rehabilitación, restauración, bienestar y reducción de las posibles complicaciones potenciales que se prevén aparecer en un período de tiempo en función del desarrollo de la enfermedad y su afectación. No obstante, en la medida de lo posible, en todo momento se hará partícipe al enfermo en su autocuidado teniendo en cuenta sus limitaciones y dificultades.

Seguidamente, se van a enumerar las distintas necesidades que estudian las esferas tanto física como mental y social, mencionándose brevemente las que cabría resaltar en un paciente con EP³⁵.

- 1) Necesidad de respirar normalmente: estudio de los parámetros relativos a la respiración (frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno).
- 2) Necesidad de comer y beber adecuadamente: realizar un seguimiento de la relación talla/peso para evaluar la calidad de la alimentación y el mantenimiento nutricional (oscilaciones en el peso y cambios en el apetito). La presencia de sialorrea es uno de los síntomas a valorar en esta necesidad. Considerar la influencia del deterioro motor en la acción de alimentarse.
- 3) Necesidad de eliminar por todas las vías corporales: en la EP puede aparecer incontinencia urinaria y estreñimiento. Estudiar si precisa de ayudas para la eliminación (fármacos, dieta, utilización de absorbente, ayuda o suplencia en la necesidad...).
- 4) Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas: valoración de una las afectaciones básicas que causan esta enfermedad, esto es, el deterioro de la movilidad física como consecuencia de la progresiva rigidez muscular acompañada del temblor involuntario y la inestabilidad postural asociada. Evaluar la capacidad de la movilidad, así como la utilización o no de dispositivos mecánicos de ayuda y el tipo de marcha en la deambulación.
- 5) Necesidad de dormir y descansar: estudio de efectos secundarios de la medicación, así como el empleo de tratamiento farmacológico específico para satisfacer esta necesidad. Valorar la presencia de alucinaciones o sueños vividos y la calidad del sueño percibido.
- 6) Necesidad de escoger ropa adecuada y vestirse y desvestirse: valorar el dinamismo físico y si precisa ayuda o suplencia para el vestido.

- 7) Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente: alteraciones en la sudoración.
- 8) Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: deterioro de la movilidad. Estado de la piel y mucosas, presencia de lesiones. Barreras ambientales o la ayuda/suplencia en el aseo/higiene.
- 9) Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: alto riesgo de caídas por la inestabilidad postural. Valorar si sufre mareos o síncope.
- 10) Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: observar fluidez en la comunicación, si existe disartria o dificultad. Valorar el deterioro cognitivo. Orientación en las tres esferas (persona, tiempo y espacio).
- 11) Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias: adaptación a las condiciones físicas y limitaciones a las que se enfrenta con el transcurso de la enfermedad.
- 12) Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal: estudiar el grado de autonomía y satisfacción de las propias necesidades. Valorar la existencia de depresión u otros trastornos psiquiátricos.
- 13) Necesidad de participar en actividades recreativas: actividades de ocio, intereses personales.
- 14) Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles: capacidad de decisión relacionada con su deterioro cognitivo. Valorar la memoria, si sufre olvidos, trastornos de atención. Valorar nivel de comprensión.

iv. Instrumentos de valoración

A día de hoy, las principales herramientas de apoyo para la evaluación son las escalas de valoración. Existen una gran variedad de estas, focalizadas y especializadas en el área o factor a valorar, permitiendo un diagnóstico o un análisis individualizado del estado particular del paciente, lo que favorece la toma de decisiones a la hora de enfocar el plan de cuidados. Se trata de mecanismos que pretenden objetivar los datos obtenidos aportando validez y fiabilidad.

Las escalas que se van a exponer a continuación, no son escalas específicas en la valoración de la EP, pero sí son escalas específicas para la valoración geriátrica que pueden aportar información relevante sobre qué necesidades existen y cómo han de cubrirse y atenderse³⁶.

→ Escalas de valoración funcional:

- Índice de Barthel: valora el grado de independencia en las actividades básicas de la vida diaria. Actualmente, es la escala de mayor uso. Evalúa nueve actividades; baño, vestido, aseo personal, usos del retrete, transferencias (cama-sillón), subir/bajar escalones, continencia urinaria, continencia fecal y alimentación. Se obtiene una puntuación de 0 a 100 puntos en base a los cuales se otorga un grado de dependencia (total, grave, moderada o leve). (*Anexo I*)
- Índice de Lawton y Brody: mide la capacidad en el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria. Permite la predicción del riesgo de institucionalización, de otros síndromes geriátricos (riesgo de caídas) y el riesgo de insatisfacción de las necesidades básicas. (*Anexo II*)
- Cuestionario Barber: escala destinada a la identificación de la fragilidad del anciano. Consta de una serie de preguntas que permiten detectar el riesgo existente. (*Anexo III*)
- Escala Downtown: valora el riesgo de caídas en base a cinco aspectos básicos; historial previo de caídas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y medicación. (*Anexo IV*)
- Escala Tinetti: evalúa la marcha y el equilibrio. (*Anexo V*)

→ Escalas de valoración mental:

- Cuestionario Portátil Corto del Estado Mental (SPMSQ) de Pfeiffer: diez preguntas que valoran aspectos como la orientación, la memoria y el cálculo sencillo. (*Anexo VI*)
- Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein: evalúa la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y de fijación, la atención y el cálculo, la producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visual y espacial.

→ Escalas de valoración social:

- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS): especializada en la depresión que puede adoptar el adulto mayor. (*Anexo VII*)
- Escala de Recursos Sociales (OARS): determina el apoyo social del que dispone la persona enferma.
- Escala de función familiar o Apgar familiar: detecta la existencia o no de problemática o disfunción familiar valorando la mecánica en la relación.
- Escala sociofamiliar de Gijón: su utilidad es la detección de situaciones de riesgo social.

Así mismo, escalas propias para la evaluación del paciente con Parkinson son las siguientes:

- Escala de Hoehn y Yahr: ya mencionada en el capítulo anterior, evalúa los signos y síntomas de la enfermedad. Permite determinar la severidad y afectación de la persona en cuanto a la movilidad, las limitaciones posturales y la discapacidad.
- Escala Unificada de Valoración de la Enfermedad de Parkinson (UPDRS): valora nueve esferas; ansiedad, síndrome de desregulación de la dopamina, problemas urinarios, estreñimiento, fatiga, pasatiempos, acostarse y levantarse de la cama, tapping con los pies y el congelamiento³⁷. Dicha valoración se divide en cuatro subescalas. (*Anexo VIII*)
 - Estado mental, comportamiento y estado de ánimo.
 - Actividades básicas de la vida diaria.
 - Evaluación motora.
 - Valoración de discinesias, fluctuaciones y otras complicaciones asociadas.
- Escala intermedia para la Evaluación de la Enfermedad de Parkinson (ISAP): los ítems que incorpora son; autonomía, vueltas en la cama, levantarse de la cama, higiene, baño-ducha, vestido, lenguaje, comidas, alimentación, caminar, subir escaleras, levantarse de la silla y la marcha.
- Escala de la Marcha para la Enfermedad de Parkinson: recoge aspectos específicos a valorar de la marcha típica del paciente con Parkinson.
- Cuestionario de congelación de la marcha: determina la presencia, frecuencia y duración de lo que se conoce como freezing o congelamiento propio de la EP.
- Escala de Berg: evalúa el equilibrio mediante ítems que pueden clasificar desde equilibrio gravemente afectado hasta buen equilibrio.

v. Familiares de un paciente con Parkinson

En primer lugar, se va a hacer diferencia entre los dos tipos de cuidados existentes:

- Cuidado formal: cuidado realizado por profesionales en el ámbito domiciliario o institucional, público o privado, basado en Buenas Prácticas y Protocolos, remunerado y sin ningún tipo de vínculo o relación vinculante hacia la persona cuidada. Es el cuidado que se corresponde con el profesional de enfermería.
- Cuidado no profesional o informal: se centra en el ámbito domiciliario y es el cuidado no profesionalizado ni burocratizado, proporcionado por personas cercanas a la persona dependiente, compartiendo algún tipo de lazo, ya sea familiar, amistad o vecindad, existiendo afectividad y cariño en la relación.

Bien, seguido de esto, sabiendo que la EP genera una situación de dependencia y limitación en la satisfacción de las necesidades personales del paciente, la familia, representando el principal pilar de apoyo, se ve afectada en gran medida. Estar a cargo de una persona dependiente de manera continua y constante, puede generar un impacto negativo en el cuidador principal debido al trabajo físico y psicológico que esto supone, ocasionando un deterioro personal y social³⁸. La relación enfermo-familiar/cuidador, se modifica. Por este motivo, durante todo el proceso de la enfermedad, las personas más cercanas y, principalmente, las que se encargan del cuidado, han de formar parte del plan de cuidados y han de ser atendidos considerándolos un conjunto junto al paciente.

Hay que tener en cuenta dos factores a la hora de llevar a cabo la valoración de la familia. Estos son:

- El perfil del cuidador: es decir, el vínculo familiar que le une a la persona que cuida, su estilo de vida y otras cargas familiares y/o laborales que pueda tener, la edad, las habilidades con las que dispone para atender a la persona dependiente, etc. Estudios demuestran que el perfil más frecuente es el de la mujer de entre los 45 y 65 años, estando la media en los 52, que mantiene un vínculo familiar o emocional con la persona a la que cuida. Frecuentemente, la relación de parentesco es madre/padre-hija, siendo la hija la cuidadora principal³⁹.
- El perfil de persona cuidada: en este caso un paciente con EP, que con el paso del tiempo desarrolla un nivel de dependencia cada vez mayor y va sufriendo un proceso degenerativo progresivo.

Aquí entra en juego el concepto que se conoce como sobrecarga del cuidador. Tener la responsabilidad u obligación del cuidado de una persona enferma, puede suponer una serie de problemas a nivel de salud de la persona cuidadora⁴⁰. Pueden ser problemas psicológicos (depresión, ansiedad, nerviosismo), problemas familiares y deterioro de los vínculos sociales, problemas en términos laborales y problemas físicos (dolor, fatiga, cansancio, insomnio).

Como prevención, para detectar cuanto antes signos que puedan reflejar dicha sobrecarga, se ha de llevar a cabo una anamnesis en la que se valoren aspectos como la capacidad física y psíquica, las habilidades y estrategias en el cuidado, las características de la persona cuidada y la existencia de redes de apoyo⁴⁰. Para ello, se dispone de una serie de escalas de valoración con una serie de ítems que permiten valorar y diagnosticar la sobrecarga. Estas son:

- Cuestionario índice de esfuerzo del cuidador (IEC): instrumento utilizado para medir la carga percibida de la persona cuidadora.
- Valoración de la Carga del Cuidador o Zarit: principal método utilizado para la evaluación de la carga del cuidador en el ámbito gerontológico. Evalúa la sobrecarga que puede llegar a experimentar el cuidador principal de una persona anciana dependiente como consecuencia del deterioro progresivo asociado al incremento del volumen de trabajo y atención. (*Anexo IX*)
- Escala de sentido del cuidado (ESC): evalúa la relación entre el sentido del cuidado y el grado de sobrecarga existente.

Por otro lado, en la convivencia con la EP tanto del enfermo como los familiares, participan tres componentes:

- Aceptación: reconocer, asumir y enfrentarse ante los nuevos eventos⁴¹. Se pueden distinguir tres tipos de aceptación:
 - Pseudoaceptación: aceptación aparente sin hacerse cargo de los resultados.
 - Resignación: se reconoce la situación con sensación de no poder hacer nada ante ello.
 - Aceptación positiva: se da una implicación activa ante los sucesos.
- Adaptación: proceso progresivo de adecuación ante los acontecimientos que se van presentando⁴¹.
- Automanejo: buena gestión de las necesidades y demandas, con sentimientos de satisfacción⁴¹.

Así mismo, existen dos tipos de convivencia:

- Convivencia positiva: actitud de aceptación y positividad ante los nuevos cambios, respondiendo de forma adecuada ante las demandas. Este tipo de convivencia es más característica en las etapas iniciales de la enfermedad cuando la dependencia no es tan marcada, pudiendo evolucionar a una convivencia negativa en estadios más desarrollados⁴¹.
- Convivencia negativa: caracterizada por la frustración y pérdida de autoestima por parte del enfermo. El cuidador principal siente no ser capaz de responder ante las demandas de la persona cuidada. No hay una adaptación adecuada ante las nuevas circunstancias y, en ocasiones, es difícilmente aceptada⁴¹.

5. Conclusiones

Para dar por finalizado este trabajo y retomando lo que ya se venía comentando desde un principio, la Enfermedad de Parkinson afecta a un número considerable de la población adulta de edad avanzada, lo cual implica la participación activa y continuada por parte del profesional de enfermería para ofrecer unos cuidados de calidad. Puesto que se trata de una enfermedad progresiva y limitante, una valoración inicial que reúna todos los datos necesarios y relevantes, supone un buen abordaje posterior. Ello conllevará la consiguiente satisfacción de todas las partes implicadas, es decir, tanto del paciente, como de los familiares/cuidadores y del profesional que proporciona los cuidados.

A día de hoy se disponen de una gran variedad de recursos que permiten tanto el diagnóstico como tratamiento y seguimiento de la enfermedad de una forma eficaz. La utilización de estas herramientas y la colaboración de equipos multidisciplinares, permiten el logro de una atención óptima que satisfaga las necesidades del paciente. Así mismo, la coordinación, la puesta en común de la historia de cada paciente y su facilidad de acceso por parte de los centros sanitarios, supondría un gran avance y favorecería la actuación óptima.

Por su parte, el papel de enfermería también incluye atender al cuidador principal apoyándole en todo el proceso, ofreciendo recursos y ayudas y enseñando técnicas para aprender a cuidar a otra persona y aprender a cuidarse a sí mismo, con el objetivo de lograr el mejor cuidado global posible. De esta forma, lo que se pretende conseguir es que no tenga lugar un deterioro de la relación y, al contrario, se dé un refuerzo y un estrechamiento positivo de la misma. A pesar de ello, en muchas ocasiones no se ve al familiar como individuo activo en el proceso de la enfermedad.

Sin embargo, aun disponiendo de todos estos instrumentos de valoración y actuación, no existen datos concluyentes en cuanto a su completo uso y explotación. Sería importante proporcionar una formación especializada en esta tipología de paciente para, por una parte, detectar precozmente signos o síntomas que delaten con cierta antelación tal enfermedad y, por otra parte, una vez diagnosticada y conocido el estadio y estado del paciente, saber proceder con lo que corresponde en cada momento.

6. Bibliografía

- (1) Hurtado F, Cardenas MA, Cardenas F, León L. La Enfermedad de Parkinson: Etiología, Tratamientos y Factores Preventivos. Universitas Psychologica [Internet]. 2016 [citado 31 mar 2023]; 15(5): . Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750042012>
- (2) Marín D, Carmona H, Ibarra M, Gámez M. Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Rev Univ Ind Santander Salud. 2018;50(1):79-92. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v50n1/0121-0807-suis-50-01-00079.pdf>
- (3) Carrillo-García F. Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2019;12(73):4273-84. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-enfermedad-parkinson-parkinsonismos-articulo-S0304541219300435>
- (4) Saavedra-Moreno JS, Millán PA, Buriticá-Henao OF. Introducción, epidemiología y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. Acta Neurol Colomb [Internet]. 2019 [citado 31 mar 2023]; 35(1):2-10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v35s1/0120-8748-anco-35-s1-2.pdf>
- (5) Rodríguez-Violante M, Camacho-Ordoñez A, Cervantes-Arriaga A, González-Latapí P, Velázquez-Osuna S. Factores asociados a la calidad de vida de sujetos con enfermedad de Parkinson y a la carga en el cuidador. Neurología. 2015;30(5):257-63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5083039>
- (6) Rodríguez-García PL. Diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad de Parkinson. Rev Cuba Neurol Neurocir [revista en Internet]. 2020 [citado 1 abr 2023]; 10(1):1-18. Disponible en: <https://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/285/574>
- (7) Estrada-Bellmann I, Martínez-Rodríguez HR. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Avances. 2011;8(25):16-22. <https://biblat.unam.mx/hevila/Avances/2011/vol8/no25/3.pdf>
- (8) Soria-Martín A. Fisiopatología de la enfermedad de Parkinson. Causas y mecanismos fisiopatológicos [trabajo fin de grado en Internet]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2016 [citado 1 abr 2023]. 26 p. Disponible en: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/27237/TFG_Soria_Mart%c3%a dn_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (9) Arredondo-Blanco K, Zerón-Martínez R, Rodríguez-Violante M, Cervantes-Arriaga A. Breve recorrido histórico de la enfermedad de Parkinson a 200 años de su descripción. Gac Med Mex. 2018;154(6):719-26. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2018/gm186n.pdf>
- (10) Federación Española de Parkinson [Internet]. Madrid. 1996. Conoce la enfermedad; [citado 1 abr 2023]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/>

- (11)Gutiérrez J, Singer C. Parkinsonismo: diagnósticos alternativos a la enfermedad idiopática de Parkinson. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010;48(3):279-92. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745508008.pdf>
- (12)León JB. Epidemiología de la enfermedad de Parkinson en España y su contextualización mundial. Rev Neurol. 2018;66(4):125-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6298828>
- (13)García S, Sauri SS, Meza DE, Lucino CJ. Perspectiva histórica y aspectos epidemiológicos de la enfermedad de Parkinson. Med Int Mex. 2008;24(1):28-37. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2008/mim081f.pdf>
- (14)Castro-Toro A, Buriticá OF. Enfermedad de Parkinson: criterios diagnósticos, factores de riesgo y de progresión, y escalas de valoración del estadio clínico. Acta Neurol Colomb. [Internet]. 2014 [citado 1 abr 2023]; 30(4):300-6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482014000400010&lng=en&tlng=es
- (15)Gómez-Chavarín M, Torres-Ortiz MC, Pérez-Soto G. Interacción entre factores genético-ambientales y la epigenesis de la enfermedad de Parkinson. Arch Neurocién (Mex) INNN. 2016;21(1):32-44. Disponible en: <http://neurociencias.valoragregado.org/index.php/ADN/article/view/109/129>
- (16)Campdelacreu J. Enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer: factores de riesgo ambientales. Neurología. 2014;29(9):541-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485312001090>
- (17)Sequeira-Quesada CM, Arias-Rivera D. Presencia de pesticidas en la dieta como factor de riesgo para el parkinson esporádico. Rev médica UCR. [Internet]. 2013 [citado 1 abr 2023]; 7(2):38-49. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/14959/14219>
- (18)Vázquez-Gómez LA, Madrigal-Mora L, Mederos-Herrera AM, Valdés-Morales Y. Caracterización de los pacientes con enfermedad de Parkinson. Acta Médica del Centro. [Internet] 2021 [citado 1 abr 2023]; 15(3):401-12. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1337>
- (19)Neri-Nani GA. Síntomas motores de la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol Neurocir Psiquiat. 2017;45(2):45-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2017/nnp172c.pdf>
- (20)Santos-García D, Aneiros-Díaz Á, Macías-Arribi M, Llana-Gonzalez A, Abella-Corral J, Santos-Canelles H. Síntomas sensoriales en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol (Ed. impr.). 2010;50(2):65-74. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-86866>
- (21)Parada-Barroso Y, Soto-Lavastida A, Lara-Fernández GE, Santos-Santos A, Hernández-Rodríguez TE, Mesa-Barrera Y. Síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. Rev Cub Tecnol Salud. 2012;4(3):1-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2012/cts124d.pdf>

- (22) Alemán-Pullas SL, Montero-Balarezo CX, Díaz-Recalde EX, Jarro-Sanchez CM. Enfermedad de Parkinson. Diagnóstico y tratamiento. RECIMUNDO. 2022;6(2):250-266. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8410256>
- (23) Flores-Ochoa TK. Enfermedad de Parkinson [tesis pregrado en Internet]. Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2021 [citado 2 abr 2023]. 52 p. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/11430/2/9BT2021-MTI107-FLORES%20OCHOA%20TATIANA%20KATHERINE.pdf>
- (24) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299, 44142-44156 (2006). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- (25) Ferradáns-Rodríguez P, Soto-González M. Terapia cognitiva en pacientes con Parkinson. Ansiedad Estrés. 2017;23(2-3):104-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793717300489>
- (26) Allande-Cussó R, Macías-Seda J, Porcel-Gálvez AM. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. Cultura de los Cuidados. 2019;23(55):78-84. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/95872/la%20relaci%c3%b3n%20enfermer-a-paciente.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (27) Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enferm Univ [revista en Internet]. 2015 [citado 2 abr 2023]; 12(3):134-43. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632015000300134&script=sci_abstract&tlng=en
- (28) Landente-L. La comunicación, pieza clave en enfermería. Enferm Dermatol. 2012;6(16):16-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069152>
- (29) Díaz FM, Castro RDM, Cuevas JBL. Valores profesionales de enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación Superior. Rev Hum Med. 2012;12(2):289-99. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hummed/hm-2012/hm122k.pdf>
- (30) Protocolo de Trabajo Social en la enfermedad de Parkinson. 2022 [citado 2 abr 2023]. En: Federación Española de Parkinson. [1996] - . 70 p. Disponible en: https://www.esparkinson.es/wp-content/uploads/2022/02/5_PROTOCOLO_TRABAJO_SOCIAL_FINAL_WEB.pdf
- (31) Wanden-Berghe C. Valoración geriátrica integral. Hosp Domic [Internet]. 2021 [citado 2 abr 2023]; 5(2):115-24. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152021000200004
- (32) Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016;33(2):321-7. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v33n2/1726-4642-rpmesp-33-02-00321.pdf

- (33)Trejo-García C, Maldonado-Muñiz G, Nolasco-López B, Camacho y López S, Rodríguez-Valdez J. Proceso de Enfermería. XIKUA Bol Cient Esc Super Tlahuelilpan. 2015;3(6). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/1310/4477>
- (34)Hernández- Martín C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera [trabajo fin de grado en Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2023 [citado 2 abr 2023]. 28 p. Disponible en: https://zbook.org/read/5a7330_el-modelo-de-virginia-henderson-en-la-pr-ctica.html
- (35)Salgado QM, Espinosa SG. E. Proceso de atención de enfermería a un paciente con Parkinson más psicosis basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson. Enf Neurol (Mex). 2012;11(2):81-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122e.pdf>
- (36)Castro-Toro A, Buriticá OF. Enfermedad de parkinson: criterios diagnósticos, factores de riesgo y de progresión, y escalas de valoración del estadio clínico. Acta Neurol Colomb [Internet]. 2014 [citado 2 abr 2023]; 30(4):300-6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482014000400010&lng=en&tlng=es
- (37)Rodríguez-Violante M, Cervantes-Arriaga A. La escala unificada de la enfermedad de Parkinson modificada por la Sociedad de Trastornos del Movimiento (MDS-UPDRS): aplicación clínica e investigación. Arch de Neurociencia (Mex). 2014;19(3):157-63. Disponible en: <https://www.archivosdeneurociencias.org/index.php/ADN/article/view/50/418>
- (38)Bello-Carrasco LM, León-Zambrano GA, Covená-Bravo MI. Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. Revista Universidad y Sociedad. 2019;11(5):385-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202019000500385&lng=es&tlng=es
- (39)Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. El cuidado informal: una visión actual. REME. 2012;1:22-30. http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
- (40)Eterovic-Díaz C, Mendoza-Parra S, Sáez-Carrillo K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. Enferm glob. 2015;14(38):235-48. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/198121/174111>
- (41)Zaragoza-Salcedo A, Senosiain-García JM, Riverol-Fernández M, Anaut-Bravo S, Díaz de Cerio-Ayesa S, Ursúa-Sesma ME, Portillo-MC. Elementos clave en el proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares cuidadores. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2014 [citado 2 abr 2023]; 37(1), 69-80. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000100008

7. Anexos

Anexo I

Índice de Barthel

COMER

- 10 INDEPENDIENTE Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona
- 5 NECESITA AYUDA para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo
- 0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona

VESTIRSE

- 10 INDEPENDIENTE Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
- 5 NECESITA AYUDA Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
- 0 DEPENDIENTE

ARREGLARSE

- 5 INDEPENDIENTE Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona
- 0 DEPENDIENTE Necesita alguna ayuda

DEPOSICION

- 10 CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
- 0 INCONTINENTE

MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

- 10 CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos
- 0 INCONTINENTE

IR AL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
- 0 DEPENDIENTE Incapaz de manejarse sin ayuda

TRASLADO SILLON-CAMA (Transferencia)

- 15 INDEPENDIENTE No precisa ayuda
- 10 MINIMA AYUDA Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
- 5 GRAN AYUDA Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada
- 0 DEPENDIENTE Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado

DEAMBULACION

- 15 INDEPENDIENTE Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- 10 NECESITA AYUDA Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador
- 5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión
- 0 DEPENDIENTE

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA
- 0 DEPENDIENTE Incapaz de salvar escalones

< 20: dependencia total. 20-40: dependencia grave. 45-55: dependencia moderada. 60 o más: dependencia leve

Anexo II

Escala de Lawton y Brody	Puntos
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACION DE LA COMIDA:	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	
Lava por sí solo toda la ropa	1
Lavo por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1
Incapaz de manejar dinero	0

Anexo III

Ítem del cuestionario de Barber

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
3. ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?
4. ¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?
5. ¿Su salud le impide salir a la calle?
6. ¿Tiene a menudo problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Anexo IV

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) Alto riesgo: Mayor a 2 puntos		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 70 años	0
	> 70 años	1

Anexo V

ESCALA TINNETI

A) **EQUILIBRIO** (el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos).

■ **Equilibrio sentado**

- 0 - se inclina o se desliza de la silla
- 1 - está estable, seguro

■ **Levantarse de la silla**

- 0 - es incapaz sin ayuda
- 1 - se debe ayudar con los brazos
- 2 - se levanta sin usar los brazos

■ **En el intento de levantarse**

- 0 - es incapaz sin ayuda
- 1 - es capaz pero necesita más de un intento
- 2 - es capaz al primer intento

■ **Equilibrio de pie (los primeros 5 segundos)**

- 0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)
- 1 - estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse
- 2 - estable sin soportes o auxilios

■ **Equilibrio de pie prolongado**

- 0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)
- 1 - estable pero con base de apoyo amplia (maleolos mediales > 10cm) o usa auxilio
- 2 - estable con base de apoyo estrecha, sin soportes o auxilios

■ **Romberg sensibilizado** (con ojos abiertos, piés juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades)

- 0 - comienza a caer
- 1 - oscila, pero se endereza solo
- 2 - estable

■ **Romberg** (con ojos cerrados e igual que el anterior)

- 0 - inestable
- 1 - estable

■ **Girar en 360°**

- 0 - con pasos discontinuos o movimiento no homogéneo
- 1 - con pasos continuos o movimiento homogéneo
- 0 - inestable (se sujeta, oscila)
- 1 - estable

■ **Sentarse**

- 0 - inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla)
- 1 - usa los brazos o tiene un movimiento discontinuo
- 2 - seguro, movimiento continuo

PUNTAJE EQUILIBRIO

_____ / 16

B) **MARCHA** (El paciente está de pie; debe caminar a lo largo, inicialmente con su paso habitual, luego con un paso más rápido pero seguro. Puede usar auxilios).

■ Inicio de la deambulación (inmediatamente después de la partida)

- 0 - con una cierta inseguridad o más de un intento
- 1 - ninguna inseguridad

■ Longitud y altura del paso

Pié derecho

- 0 - durante el paso el pié derecho no supera al izquierdo
- 1 - el pié derecho supera al izquierdo
- 0 - el pié derecho no se levanta completamente del suelo
- 1 - el pié derecho se levanta completamente del suelo

Pié izquierdo

- 0 - durante el paso el pié izquierdo no supera al derecho
- 1 - el pié izquierdo supera al derecho
- 0 - el pié izquierdo no se levanta completamente del suelo
- 1 - el pié izquierdo se levanta completamente del suelo

■ Simetría del paso

- 0 - el paso derecho no parece igual al izquierdo
- 1 - el paso derecho e izquierdo parecen iguales

■ Continuidad del paso

- 0 - interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancia entre los pasos)
- 1 - continuo

■ Trayectoria

- 0 - marcada desviación
- 1 - leve o moderada desviación o necesidad de auxilios
- 2 - ausencia de desviación y de uso de auxilios

■ Tronco

- 0 - marcada oscilación
- 1 - ninguna oscilación, pero flexión rodillas, espalda, o abre los brazos durante la marcha
- 2 - ninguna oscilación ni flexión ni uso de los brazos o auxilios

■ Movimiento en la deambulación

- 0 - los talones están separados
- 1 - los talones casi se tocan durante la marcha

PUNTAJE MARCHA

_____/12

Anexo VI

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Anexo VII

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)

Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si** o **No** en negritas).
Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación

0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
12-15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Anexo VIII

UNIFIED PARKINSON'S DISEASE RATING SCALE (UPDRS)

I ESTADO MENTAL. COMPORTAMIENTO Y ESTADO DE ANIMO

(En la semana previa. Historia)

1. ALTERACION DEL INTELECTO:

0 = Nula.

1 = Leve, Falta de memoria evidente, con recuerdo parcial de los acontecimientos, sin otras dificultades.

2 = Pérdida moderada de memoria, con desorientación y dificultad moderada para la resolución de problemas más complejos. Alteración funcional discreta, pero evidente en el hogar con necesidad de recordarle ocasionalmente las cosas.

3 = Pérdida grave de memoria con desorientación temporal y, con frecuencia, espacial. La capacidad para resolver problemas está muy alterada.

4 = Pérdida grave de memoria, conservando solamente la orientación personal. Incapacidad para elaborar juicios o resolver problemas. Requiere mucha ayuda para mantener el cuidado personal. No se puede quedar solo.

2. TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO (Por demencia o intoxicación por fármacos):

0 = No hay.

1 = Ensueños vívidos.

2 = Alucinaciones «benignas», conservando la capacidad de discernir.

3 = Alucinaciones o delirios de ocasionales a frecuentes. Sin capacidad de discernir. Pueden interferir con las actividades diarias.

4 = Alucinaciones o delirios persistentes o psicosis florida. Incapaz de cuidar de sí mismo.

3. DEPRESIÓN:

0 = No hay.

1 = Períodos de tristeza o sentimientos de culpa mayores de lo normal, aunque nunca mantenidos durante días o semanas.

2 = Depresión mantenida (1 semana o más).

3 = Depresión mantenida con síntomas vegetativos (insomnio, anorexia, pérdida de peso, pérdida de interés).

4 = Depresión mantenida, con síntomas vegetativos y pensamientos o intento de suicidio.

4. MOTIVACIÓN-INICIATIVA:

0 = Normal.

1 = Menos pujante de lo habitual; más pasivo.

2 = Pérdida de iniciativa o desinterés en cuanto a actividades opcionales (no rutinarias).

3 = Pérdida de iniciativa o desinterés en las actividades de cada día (rutinarias).

4 = Aislado, apartado; pérdida total de la motivación.

PUNTUACIÓN TOTAL SUBESCALA I: /16.

II ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

5. LENGUAJE:

- 0 = Normal
- 1 = Discretamente alterado. No hay dificultad para entender
- 2 = Moderadamente alterado. A veces hay que pedirle que repita algo.
- 3 = Muy alterado. Hay que pedirle con frecuencia que repita.
- 4 = Ininteligible la mayor parte del tiempo.

6. SALIVACIÓN:

- 0 = Normal.
- 1 = Exceso de saliva en la boca, discreto pero evidente; puede haber babeo durante la noche.
- 2 = Moderado exceso de saliva; puede haber mínimo babeo.
- 3 = Marcado exceso de saliva con cierto grado de babeo.
- 4 = Marcado babeo; requiere constantemente gasa o pañuelo.

7. DEGLUCIÓN:

- 0 = Normal.
- 1 = Rara vez se atraganta.
- 2 = Se atraganta ocasionalmente.
- 3 = Requiere dieta blanda.
- 4 = Requiere alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía.

8. ESCRITURA:

- 0 = Normal
- 1 = Discretamente lenta o pequeña.
- 2 = Moderadamente lenta o pequeña; todas las palabras son legibles.
- 3 = Muy alterada; no son legibles todas las palabras.
- 4 = La mayoría de las palabras son ilegibles.

9. CORTAR ALIMENTOS Y MANEJAR CUBIERTOS:

- 0 = Normal.
- 1 = Algo lento y torpe, pero no necesita ayuda.
- 2 = Puede cortar la mayoría de los alimentos, aunque con torpeza y lentitud; necesita cierta ayuda.
- 3 = Le tienen que cortar los alimentos, pero aún puede alimentarse con lentitud.
- 4 = Necesita ser alimentado.

10. VESTIDO:

- 0 = Normal.
- 1 = Algo lento, pero no requiere ayuda.
- 2 = Requiere ayuda en ocasiones para abotonarse, introducir los brazos por las mangas.
- 3 = Requiere bastante ayuda, puede hacer algunas cosas solo.
- 4 = Incapacitado.

11 HIGIENE:

- 0 = Normal
- 1 = Algo lento, pero no necesita ayuda.
- 2 = Necesita ayuda para ducharse o bañarse, o es muy lento en las actividades higiénicas
- 3 = Requieren ayuda para lavarse, cepillarse los dientes, peinarse, ir al retrete.
- 4 = Sonda de Foley u otras ayudas mecánicas.

12 DAR VUELTAS EN CAMA Y AJUSTAR LA ROPA DE CAMA.

- 0 = Normal.
- 1 = Algo lento y torpe, pero no precisa ayuda.
- 2 = Puede volverse solo o ajustar las sábanas, pero con gran dificultad.
- 3 = Puede iniciar la acción, pero no puede volverse o ajustar las sabanas solo.
- 4 = Incapacitado.

13. CAÍDAS (Sin relación con el fenómeno de "congelación"):

- 0 = Ninguna.
- 1 = Rara vez.
- 2 = Se cae ocasionalmente (menos de una vez al día).
- 3 = Se cae un promedio de una vez al día.
- 4 = Se cae más de una vez al día.

14. "CONGELACIÓN" AL CAMINAR:

- 0 = No hay.
- 1 = Rara vez aparece «congelación» al caminar; puede haber titubeo al inicio.
- 2 = «Congelación» ocasional al caminar.
- 3 = «Congelación» frecuente. A veces se cae por causa de este fenómeno.
- 4 = Caídas frecuentes por «congelación».

15. CAMINAR:

- 0 = Normal.
- 1 = Leve dificultad. Puede no balancear los brazos o puede tender a arrastrar las piernas.
- 2 = Dificultad moderada, pero requiere poca o ninguna ayuda.
- 3 = Trastorno grave de la marcha que requiere ayuda.
- 4 = No puede caminar, incluso con ayuda.

16. TEMBLOR:

- 0 = Ausente.
- 1 = Discreto; infrecuentemente presente. No resulta molesto para el paciente.
- 2 = Moderado; molesto para el paciente.
- 3 = Intenso; interfiere con muchas actividades.
- 4 = Marcado; interfiere la mayoría de las actividades.

17. SINTOMAS SENSORIALES RELACIONADOS CON EL PARKINSONISMO

- 0 = Normal
- 1 = Ocasionalmente tiene entumecimiento, hormigueo o dolorimiento discreto.
- 2 = Con frecuencia tiene entumecimiento, hormigueo o dolorimiento discreto; no resulta penoso.
- 3 = Frecuentes sensaciones dolorosas
- 4 = Dolor extremo.

PUNTUACION TOTAL SUBESCALA II: /52

III. EXPLORACIÓN DE ASPECTOS MOTORES

18. LENGUAJE:

- 0 = Normal.
- 1 = Pérdida discreta de expresión, dicción y/o volumen.
- 2 = Monótono; farfullado, pero comprensible; moderadamente alterado.
- 3 = Muy alterado, difícil de comprender.
- 4 = Ininteligible.

19. EXPRESIÓN FACIAL:

- 0 = Normal.
- 1 = Mínima hipomimia; podría ser una cara inexpresiva («cara de póker») normal.
- 2 = Disminución discreta, pero claramente anormal, de la expresión facial.
- 3 = Hipomimia moderada; labios separados la mayor parte del tiempo.
- 4 = Cara «de máscara» o expresión fija con pérdida acusada o completa de la expresión facial; labios separados más de 6 mm.

20. TEMBLOR DE REPOSO EN MMSS:

- 0 = Ausente.
- 1 = Discreto e infrecuentemente presente.
- 2 = Discreto en amplitud y persistente, o de amplitud moderada pero presente sólo de forma intermitente.
- 3 = De amplitud moderada y presente la mayor parte del tiempo.
- 4 = De gran amplitud y presente la mayor parte del tiempo.

21. TEMBLOR DE REPOSO EN MMII:

- 0 = Ausente.
- 1 = Discreto e infrecuentemente presente.
- 2 = Discreto en amplitud y persistente, o de amplitud moderada pero presente sólo de forma intermitente.
- 3 = De amplitud moderada y presente la mayor parte del tiempo.
- 4 = De gran amplitud y presente la mayor parte del tiempo.

22. TEMBLOR DE ACCIÓN O POSTURAL DE LAS MANOS:

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve; presente con la acción.
- 2 = De amplitud moderada; presente con acción.
- 3 = De amplitud moderada al mantener la postura en el aire; así como con la acción.
- 4 = De gran amplitud; interfiere la alimentación.

23. RIGIDEZ AXIAL: (Valorada según el movimiento pasivo de las grandes articulaciones, con el paciente relajado y sentado).

- 0 = Ausente.
- 1 = Discreta o detectable solamente cuando se activa por movimientos en espejo o de otro tipo.
- 2 = Discreta a moderada.
- 3 = Intensa pero se consigue con facilidad el movimiento en toda su amplitud.
- 4 = Muy intensa; la amplitud del movimiento se logra con dificultad.

24. RIGIDEZ EN MMSS: (Valorada según el movimiento pasivo de las grandes articulaciones, con el paciente relajado y sentado. No considerar la rigidez «en rueda dentada»):

- 0 = Ausente.
- 1 = Discreta o detectable solamente cuando se activa por movimientos en espejo o de otro tipo.
- 2 = Discreta a moderada.
- 3 = Intensa, pero se consigue con facilidad el movimiento en toda su amplitud.
- 4 = Muy intensa; la amplitud del movimiento se logra con dificultad.

25. RIGIDEZ EN MMII. (Valorada según el movimiento pasivo de las grandes articulaciones, con el paciente relajado y sentado. No considerar la rigidez «en rueda dentada»):

- 0 = Ausente.
- 1 = Discreta o detectable solamente cuando se activa por movimientos en espejo o de otro tipo.
- 2 = Discreta a moderada.
- 3 = Intensa, pero se consigue con facilidad el movimiento en toda su amplitud.
- 4 = Muy intensa; la amplitud del movimiento se logra con dificultad.

26. GOLPETEO DE LOS DEDOS. (El paciente golpea el pulgar con el índice en rápida sucesión y con la mayor amplitud posible; realizar con cada mano por separado).

- 0 = Normal (15/5 segundos).
- 1 = Enlentecimiento discreto y/o reducción de la amplitud (11-14/5 segundos).
- 2 = Moderadamente alterado. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber detenciones ocasionales en el movimiento (7-10/5 segundos).
- 3 = Muy alterado. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realiza el movimiento (3-6/5 segundos).
- 4 = Apenas puede realizar la acción (0-2/5 segundos).

27. MOVIMIENTOS ALTERNANTES CON LAS MANOS. (El paciente abre y cierra las manos rápida sucesión con la mayor amplitud posible).

- 0 = Normal.
- 1 = Discreto enlentecimiento y/o reducción de la amplitud.
- 2 = Alteración moderada. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber detenciones ocasionales en el movimiento.
- 3 = Muy alterados. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realizan los movimientos.
- 4 = Apenas puede realizarlos.

28. MOVIMIENTOS RAPIDOS ALTERNANTES DE MMSS. (movimientos de pronación-supinación de las manos, en sentido vertical, con la mayor amplitud posible y simultáneamente con ambas manos):

- 0 = Normal
- 1 = Discreto enlentecimiento y/o reducción en amplitud.
- 2 = Moderadamente alterados. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber ocasionales detenciones en el movimiento.
- 3 = Muy alterados. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realizan los movimientos.
- 4 = Apenas puede realizarlos.

29. AGILIDAD CON LOS MMII. (El paciente golpea con el talón en rápida sucesión levantando el pie entero del suelo; la amplitud del movimiento debe ser alrededor de 7,5 cm.):

- 0 = Normal.
- 1 = Discreto enlentecimiento y/o reducción en amplitud.
- 2 = Moderadamente alterada. Fatigosa de manera evidente y precoz. Puede haber ocasionales detenciones en el movimiento.
- 3 = Muy alterada. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realiza el movimiento.
- 4 = Apenas puede realizar la acción.

30. LEVANTARSE DE LA SILLA. (El paciente intenta levantarse de una silla de madera o metal de respaldo recto, con los brazos cruzados ante el pecho):

- 0 = Normal.
- 1 = Lento, o puede necesitar más de un intento.
- 2 = Tiene que impulsarse con los brazos en la silla.
- 3 = Tiende a caer hacia atrás y puede tener que intentarlo más de una vez, pero puede conseguirlo sin ayuda.
- 4 = Incapaz de levantarse sin ayuda.

31. POSTURA:

- 0 = Erecta normal.
- 1 = Postura no muy erecta, discretamente encorvada; podría ser normal en una persona mayor.
- 2 = Postura moderadamente encorvada, claramente anormal. Puede inclinarse discretamente a un lado
- 3 = Postura muy encorvada, con cifosis. Puede inclinarse moderadamente a un lado.
- 4 = Flexión marcada con alteración postural extrema.

32. MARCHA:

- 0 = Normal.
- 1 = Camina lentamente; pueden arrastrar los pies, con paso cortos, pero sin festinación ni propulsión.
- 2 = Camina con dificultad, pero no requiere ayuda o muy escasa. Puede haber festinación, pasos cortos o propulsionados.
- 3 = Trastornos graves de la marcha que requieren ayuda.
- 4 = No puede caminar, incluso con ayuda.

33. ESTABILIDAD POSTURAL. (respuesta al desplazamiento súbito posterior producido por un tirón de los hombros mientras el paciente permanece en bipedestación con los ojos abiertos y los pies discretamente separados; el paciente está avisado):

- 0 = Normal.
- 1 = Retropulsión, pero se recupera sin ayuda.
- 2 = Ausencia de respuesta postural; se caería si no le sujetara el examinador.
- 3 = Muy inestable; tiende a perder el equilibrio espontáneamente.
- 4 = Incapaz de permanecer en pie sin ayuda.

34. BRADIQUINESIA E HIPOQUINESIA. (Combina lentitud, titubeo, disminución del braceo, pequeña amplitud y pobreza de movimiento, en general):

- 0 = No hay.
- 1 = Mínima lentitud que da al movimiento un carácter deliberado; podría ser normal en algunas personas. Amplitud posiblemente reducida.
- 2 = Lentitud y pobreza de movimientos, en grado leve, que es claramente anormal. Como alternativa, cierto grado de reducción en la amplitud.
- 3 = Lentitud, pobreza o pequeña amplitud de movimientos moderada.
- 4 = Lentitud, pobreza o pequeña amplitud de movimientos marcada.

PUNTUACIÓN TOTAL SUBESCALA III: /68.

IV. COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

(En la semana previa. Historia)

A). DISCINESIAS:

35. DURACIÓN. ¿Qué proporción del día vigil están presentes las discinesias?

- 0 = Ninguna.
- 1 = 1-25% del día.
- 2 = 26-50% del día.
- 3 = 51-75% del día.
- 4 = 76-100% del día.

36. INCAPACIDAD. ¿Hasta qué punto son incapacitaciones las discinesias? (Información por historia; puede ser modificado por exploración en la consulta)

- 0 = No incapacitan en absoluto.
- 1 = Discretamente incapacitantes.
- 2 = Moderadamente incapacitantes.
- 3 = Importantemente incapacitantes.
- 4 = Completamente incapacitantes.

37. DISCINESIAS DOLOROSAS. ¿Son dolorosas las discinesias?

- 0 = No son dolorosas.
- 1 = Discretamente.
- 2 = Moderadamente.
- 3 = Importantemente.
- 4 = Marcadamente.

38. PRESENCIA DE DISTONIA MATUTINA:

- 0 = No.
- 1 = Sí.

B). FLUCTUACIONES CLÍNICAS:

39. ¿Hay PERÍODOS OFF PREDECIBLES en relación temporal con las dosis de medicación?

- 0 = No.
- 1 = Sí.

40. Hay PERÍODOS OFF IMPREDECIBLES en relación temporal con las dosis de medicación?

- 0 = No.
- 1 = Sí.

41. ¿Hay PERÍODOS OFF DE INSTAURACIÓN SÚBITA? (P. ej.: en unos segundos):

- 0 = No.
- 1 = Sí.

42. ¿Qué PROPORCIÓN DEL DÍA vigil está el paciente en OFF, de promedio?

- 0 = Ninguna.
- 1 = 1-25% del día.
- 2 = 26-50% del día.
- 3 = 51-75% del día.
- 4 = 76-100% del día.

C). OTRAS COMPLICACIONES:

43. ¿TIENE EL PACIENTE ANOREXIA, NAUSEAS O VOMITOS?

- 0 = No
- 1 = Sí.

44. ¿TIENE EL PACIENTE TRASTORNOS DEL SUEÑO. P.ej., INSOMNIO O HIPERSOMNIA?.

0 = No

1 = Sí.

45. ¿TIENE EL PACIENTE OSTOSTATISMO SINTOMATICO?

0 = No.

1 = Sí.

PUNTUACIÓN TOTAL SUBESCALA IV: /23.

UPDRS TOTAL: /159.

Anexo IX

TEST DE ZARIT

Preguntas	Respuesta				
	0	1	2	3	4
1. ¿Piensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar, no tienes suficiente tiempo para ti?					
3. ¿Te sientes agobiado por intentar combinar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar?					
5. ¿Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar?					
6. ¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tienes con otros miembros de tu familia?					
7. ¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar?					
8. ¿Piensas que tu familiar depende de ti?					
9. ¿Te sientes tenso cuando está cerca de tu familiar?					
10. ¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar a tu familiar?					
11. ¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar?					
12. ¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar?					
13. ¿Te sientes incómodo por distanciarte de tus amistades debido al cuidado de tu familiar?					
14. ¿Piensas que tu familiar te considera la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de tu familiar, además de los tuyos?					
16. ¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Sientes que ha perdido el control de tu vida desde que empezó la enfermedad de tu familiar?					
18. ¿Desearías poder delegar el cuidado de tu familiar a otra persona?					
19. ¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?					
20. ¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar?					
21. ¿Piensas que podría cuidar mejor a tu familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar?					